

PREVENTION DES SUICIDES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE EN PAYS DE LA LOIRE

Contribution à l'évaluation
des programmes régionaux
à travers l'évaluation du programme
du Maine-et-Loire

lère partie : Evaluation du processus

JUIN 2000

■ Observatoire régional de
des Pays de la Loire

■ Union régionale
des caisses d'assurance
maladie

■ Caisse régionale d'assurance
maladie

■ Caisses primaires
d'assurance maladie d'Angers
et Cholet

Cette étude a été réalisée par Ségolène Chapellon et Anne Tallec, de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, à la demande de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Angers.

Son financement a été assuré par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, sur le Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire.

Merci à Jean-Paul Coulandeau, Philippe Duverger, Jean-Bernard Garré et Denis Le-guay pour leurs relectures critiques.

Sommaire

	Pages
Introduction	4
1ère partie : Evaluation du processus	7
1 - La conduite du programme	7
<i> dans le Maine-et-Loire</i>	9
2 - La définition du programme	
2.1 - La définition des objectifs de santé	15
<i> dans le Maine-et-Loire</i>	16
2.2 - La définition des objectifs opérationnels	16
<i> dans le Maine-et-Loire</i>	18
2.3 - La définition des actions	21
<i> dans le Maine-et-Loire</i>	22
3 - La mise en oeuvre et l'impact des actions	23
<i> dans le Maine-et-Loire</i>	24
- <i> dans le champ de l'information</i>	24
- <i> dans le champ de la formation</i>	26
- <i> dans le champ de la prise en charge</i>	27
Conclusion	29
BIBLIOGRAPHIE	30

2ème partie : à paraître en mars 2000

Evaluation quant aux objectifs intermédiaires

Evaluation des résultats en terme de santé

Introduction

Suicides et tentatives de suicide, un programme régional de santé

Le suicide, et plus précisément l'ensemble "suicide -dépression" a été retenu comme l'une des priorités de santé de la région des Pays de la Loire dès la première conférence régionale de santé, en décembre 1995.

Différents acteurs régionaux se sont alors saisi de cette priorité. Ainsi, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) a sollicité l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) dès le début de l'année 1996 pour la réalisation d'un bilan régional sur l'épidémiologie, la prévention et la prise en charge du suicide et des tentatives de suicide dans les Pays de la Loire (1). La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) d'Angers a quant à elle mis en place en juin 1996 un groupe de réflexion sur ce thème.

L'ordonnance d'avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, a conforté cette dynamique en donnant une base légale aux conférences, aux priorités et programmes régionaux de santé. La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) a ainsi pu lancer à la fin de l'année 1996 plusieurs programmes régionaux de santé, l'un d'entre eux portant sur les suicides et les tentatives de suicides.

Un groupe de programmation régional a alors été constitué, sous la responsabilité du Dr Juliette Daniel, médecin inspecteur de la santé, avec pour mission d'élaborer le programme régional de santé (PRS) "Suicides et tentatives de suicides". Ce dernier a été finalisé début 1998 et présenté en mai de la même année lors de la troisième conférence régionale de santé (2).

Le suivi du programme régional de santé "Suicides et tentatives de suicide", dont la mise en oeuvre doit s'étaler de 1998 à 2002, est désormais assuré par un nouveau groupe de travail, constitué en janvier 1999.

Une démarche évaluative expérimentée dans le département du Maine-et-Loire

La mobilisation précoce de la CPAM d'Angers (réunion d'un comité départemental dès juin 1996, organisation d'ateliers de travail et première manifestation publique à l'automne 1996) place le département du Maine-et-Loire très en avance dans la mise en place de son programme de prévention des suicides (3).

La CPAM d'Angers ayant confié à l'ORS le soin d'évaluer la démarche engagée en Maine-et-Loire, il est apparu souhaitable, en concertation avec les responsables du programme régional de santé, que ce travail puisse faciliter l'évaluation ultérieure des programmes mis en oeuvre dans les autres départements de la région.

Le présent document constitue donc à la fois une contribution à la démarche d'évaluation des différents programmes de prévention des suicides qui sont ou seront mis en place dans les Pays de la Loire et une première évaluation du programme du Maine-et-Loire.

Sa présentation, alternant texte en caractères droits pour les principes généraux, texte en caractères italiques pour leur application au programme du Maine-et-Loire, reflète cette double dimension.

Le choix d'une évaluation globale et dynamique

L'agence nationale de l'évaluation médicale, aujourd'hui Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) distingue 3 grands types d'évaluation

- les évaluations strictement comparatives de type avant/après ou ici/ailleurs,
- les évaluations analytiques, qui recherchent les causes de dysfonctionnement ou de changement,
- les évaluations dynamiques de type "rétro-action" qui modifient l'action en cours au fur et à mesure de son déroulement (4).

Une autre typologie repose sur la distinction entre évaluation du processus de l'action, et évaluation des résultats de cette action.

Dans le cadre du programme régional et des programmes départementaux de prévention du suicide, il semble souhaitable de privilégier une évaluation dynamique, portant à la fois sur le processus, les résultats intermédiaires et les résultats en terme de santé.

Toutefois, dans tous les cas, il importe de prévoir cette évaluation dès la conception du programme. Cette condition, qui fait actuellement consensus, est en général bien connue aujourd'hui des promoteurs de projet. Mais sa réalisation est encore loin d'être systématique.

L'association de l'évaluateur à la définition des objectifs opérationnels ou objectifs d'action apparaît également très importante : elle facilite beaucoup la définition des critères pour l'évaluation.

Dans le Maine-et-Loire

L'évaluation du programme de prévention du suicide et des tentatives de suicide a été envisagée très rapidement, dès les premières réunions du comité de pilotage.

Par contre, l'approche retenue initialement pour cette évaluation était relativement restrictive, portant seulement sur les résultats du programme en terme de santé, c'est-à-dire en termes de diminution de la mortalité et de la morbidité.

De ce fait, l'évaluation a été associée, et peut-être de ce fait quelque peu confondue avec la connaissance. Ainsi un axe du programme était intitulé "connaissance / évaluation", et la première demande du groupe de travail chargé de ce champ concernait la connaissance du devenir des personnes ayant fait une tentative de suicide.

L'Observatoire Régional de la Santé a rapidement été pressenti pour cette mettre en oeuvre cette évaluation. Il a été invité à un groupe de travail en janvier 1998, puis à un groupe restreint quelques semaines plus tard. Le principe d'une évaluation dynamique, portant sur les résultats et sur le processus a alors été retenu.

Par contre, le financement de cette évaluation n'ayant été confirmé qu'en octobre 1998, soit deux ans après le début du programme, l'ORS n'a pas pu s'engager effectivement avant cette date. Il ne lui a ainsi pas été possible de proposer une phase d'analyse préliminaire (voir page 17), ni de participer à la définition des objectifs opérationnels du programme, ce qui aurait facilité par la suite la proposition de critères pour l'évaluation.

Ce décalage de calendrier a limité le caractère dynamique de cette évaluation, le programme étant bien engagé lors du démarrage de son évaluation.

Ce premier rapport, qui porte seulement sur l'évaluation du processus, apporte toutefois des éléments qui peuvent contribuer à certains réajustements pour la poursuite du programme.

Un second document, consacré à l'évaluation quant aux objectifs intermédiaires et à l'évaluation des résultats en termes de santé sera diffusé au 1er semestre 2000.

1ère partie

Evaluation du processus

Le processus mis en oeuvre dans le cadre d'un programme de prévention du suicide et des tentatives de suicide peut être évalué selon 3 axes :

- l'évaluation de la conduite du programme, qui éclaire en partie les choix en terme d'objectifs et d'actions, et les contraintes de mise en oeuvre,
- l'évaluation de la première étape du programme : sa définition,
- l'évaluation de la mise en oeuvre du programme et de l'impact des actions.

1 - LA CONDUITE DU PROGRAMME

→ De nombreux partenaires

Le contexte institutionnel actuel de la santé publique est relativement complexe et les compétences ou légitimités pour intervenir largement imbriquées. Aussi, est-il nécessaire d'engager des concertations à propos de tout programme de santé.

L'Etat, représenté par les services déconcentrés du ministère des affaires sociales (DRASS, DDASS), l'Agence Régionale d'Hospitalisation, les Caisses Primaires d'Assurance-Maladie, les collectivités locales, se partagent compétences et moyens et sont en général à l'initiative des programmes.

Les services de médecine préventive, les établissements hospitaliers, les représentants de la médecine libérale, quelques structures ou associations d'action sociale doivent le plus souvent être associés.

Pour un programme concernant le suicide, on peut notamment relever la nécessaire implication :

- du dispositif de psychiatrie générale et infanto-juvénile, et des représentants des

médecins généralistes,

- des services d'accueil d'urgence des établissements hospitaliers,
- des services de médecine préventive, en particulier du service de promotion de la santé en faveur des élèves et de la médecine universitaire pour un programme qui cible les jeunes et les jeunes adultes,
- de quelques associations, impliquées dans la prévention du suicide, ou plus largement dans la prévention de phénomènes qui peuvent être considérés comme des facteurs de risque : isolement, violence, alcoolisme,...
- enfin des structures qui accueillent le public ciblé, par exemple pour un programme ciblant les jeunes : établissements scolaires, universités, centres d'apprentissage, dispositifs d'insertion, établissements de l'aide sociale à l'enfance et/ou "habilités justice",...

Cependant le niveau d'implication ou d'engagement des institutions, structures, associations ou professionnels ne peut être le même dans la conduite du programme.

→ **Bien distinguer concertation et conduite du programme**

La concertation a pour but

- de partager l'information,
- de valider un état des lieux, les objectifs, les principales orientations,
- et de favoriser l'engagement des institutions.

La conduite du programme doit permettre

- de définir les actions, leurs conditions de mise en oeuvre, d'assurer leur suivi,
- d'engager des structures et des professionnels dans une participation active.

Le ou les groupes de concertation doivent en particulier associer les services, associations ou professionnels représentatifs et relais des populations ciblées. Une composition pluri-institutionnelle et pluri-disciplinaire est également souhaitable. L'animation de la concertation, la composition du ou des groupes de pilotage peuvent être évaluées sur ces critères.

→ **Engagement des institutions, implication des services et des professionnels**

L'engagement des institutions se traduit par

- la "signature" des documents,
- la mise à disposition de moyens, en particulier en personnel,
- et le financement de certaines actions.

L'implication des services quant à elle se traduit par la mise à disposition de personnel, la mobilisation de réseaux... et l'implication personnelle des professionnels.

Ces différents niveaux d'implication vont contribuer à garantir la pérennité et la crédibilité du programme. Ils constituent également des critères à prendre en compte dans l'évaluation d'un processus.

→ Articulation programme départemental / programme régional

Le programme régional de santé "Suicides et tentatives de suicide" est formalisé depuis le printemps 1998, et va s'étaler jusqu'à l'année 2002. Les programmes d'actions départementaux doivent désormais s'inscrire dans ce contexte.

Dans le Maine-et-Loire

La Cpm d'Angers engagée bien avant la mise en oeuvre du programme régional de santé...

La première réunion du comité de pilotage mis en place par la CPAM d'Angers pour élaborer un programme départemental de prévention du suicide et des tentatives de suicide a eu lieu en juin 1996 et la première manifestation à octobre 1996. La CPAM était alors pionnière dans ce domaine.

En effet, au plan national, la prévention du suicide était inscrite depuis 1993 au programme du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS), mais aucun programme de prévention n'était encore mis en oeuvre.

Des bilans régionaux avaient toutefois été confiés en 1996 à la Fédération Nationale des ORS par la CNAMTS et la Mutualité Française, dans le cadre PREMUTAM, association commune à ces 2 organismes chargée de mener des actions de prévention (5). Les régions choisies par PREMUTAM pour ces bilans étaient l'Aquitaine, la Bretagne, Midi-Pyrénées, le Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes.

De son côté, au niveau régional, la CRAM des Pays de la Loire avait sollicité l'ORS dès la tenue de la 1ère conférence régionale de santé, fin 95, pour une étude épidémiologique et un bilan de la prévention et des prises en charge dans la région. Par la suite, en 1996, plusieurs CPAM des Pays de la Loire avaient décidé conjointement d'engager des actions sur la prévention du suicide des jeunes.

...d'où une articulation progressive avec ce programme régional

Dans le groupe régional de programmation "suicide", le département du Maine-et-Loire était représenté par M. Guillou, inspecteur principal de la DDASS, et par le Dr Denis Le-

guay, psychiatre responsable d'un secteur.

La CPAM, initiatrice du programme départemental en Maine-et-Loire, n'y était pas représentée.

Le Dr Leguay étant également membre du comité de pilotage départemental constitué par la CPAM d'Angers a toutefois assuré pendant 2 ans l'articulation entre les démarches régionale et départementale. Il a notamment été à l'initiative de la présentation, en 1997, du programme du Maine-et-Loire au groupe régional.

Le rapprochement entre le programme du Maine-et-Loire et le Programme Régional de Santé s'est vraiment concrétisé début 1998, à propos de l'évaluation. Le Dr Juliette Daniel, chef de projet du PRS, a en effet souhaité qu'une démarche expérimentale d'évaluation soit engagée sur le Maine-et-Loire. Ceci a constitué une première reconnaissance du fait que le programme CPAM constituait la déclinaison départementale du PRS.

Le comité de suivi du PRS, mis en place au début de l'année 1999 compte parmi ses membres deux représentants de chacun des départements de la région. Le Maine-et-Loire y est représenté par M. Coulandeau, chef du projet CPAM, et le M. le Dr Hamon de la DDASS. Ceci semble sceller définitivement l'articulation entre programme régional et programme départemental.

Un comité départemental qui a largement contribué à la mobilisation des acteurs locaux...

En juin 1996, la CPAM d'Angers a invité 15 représentants d'institutions, d'associations ou professionnels pour une première réunion de concertation.

Au fil des réunions, différentes personnes ou structures ont été ajoutées à la liste des invités. D'autres bien que n'étant jamais venues sont restées sur cette liste. Enfin un certain nombre de personnes sont venues seulement une ou deux fois. La composition de ce comité a donc été très riche mais aussi très mouvante.

A la fin de l'année 1998, la dernière réunion de ce comité associait 24 partenaires, plus 7 personnes de la CPAM, et 29 personnes étaient mentionnés comme absentes et excusées. Le comité comprenait donc à cette date 60 personnes.

Cependant, il faut souligner la présence quasi-constante de nombreux acteurs locaux :

- représentants des CPAM d'Angers et Cholet et du service social de la CRAM,*
- ville d'Angers (Service communal d'hygiène et de santé) et dans une moindre mesure DDASS et conseil général (DISS),*
- ordre des médecins,*
- médecins hospitaliers du CHU d'Angers (en particulier du service de psychiatrie et de psychologie médicale) et psychiatres du secteur IV,*
- service de promotion de la santé en faveur des élèves*

association SOS Amitié.

...mais est resté essentiellement un lieu de présentation et d'informa-

tion

Ce comité a donc constitué un carrefour d'information important, des présentations diverses ayant notamment permis aux participants de suivre l'ensemble du projet. Il a contribué à la forte mobilisation des acteurs de santé du département qui est l'une des grandes réussites de ce programme départemental.

Toutefois, cause ou conséquence de sa taille importante et de sa composition variable, ce comité n'a que peu assuré la fonction de pilotage, les objectifs et les lignes d'actions du programme y étant plus souvent présentés que discutés.

La définition et le suivi des actions ont été assuré dans 2 ateliers ...

Rapidement deux "ateliers" ont été réunis.

- *L'atelier 1, "chargé de définir une stratégie d'information et de sensibilisation", devenu à partir de 1998 l'atelier "Information/Formation".*

Ce groupe de travail était composé :

- de représentants des institutions : service prévention des deux CPAM du Maine-et-Loire, DDASS, Service communal d'hygiène et de santé d'Angers, DISS, et service de promotion de la santé en faveur des élèves (jusqu'en 1998),

- de professionnels : les deux psychiatres de secteur,

- de représentants d'associations : SOS Amitié, le Planning Familial jusqu'en 1998, les Comités Départemental et Régional d'Education pour la santé à partir de fin 1998.

En 1998, le changement d'appellation de cet atelier s'accompagne d'une modification assez sensible de sa composition et d'une orientation de ses travaux vers la formation.

- *L'atelier 2, intitulé "Prise en charge des suicidants dans les structures hospitalières du département", a réuni exclusivement des médecins :*

- urgentistes, cliniciens et psychiatres du CHU d'Angers,

- responsables de secteurs de psychiatrie générale de Cholet et Saumur,

- médecins conseils de l'Echelon Local du Service Médical de l'Assurance-Maladie.

Cet atelier a constitué un lieu particulièrement constructif puisque les échanges entre ces praticiens sur leurs pratiques en matière d'accueil et de prise en charge des suicidants ont abouti à l'élaboration de recommandations (voir page 27).

Les services administratifs des établissements hospitaliers ainsi que la DDASS, bien que potentiellement concernés par la mise en oeuvre de certaines recommandations concernant le personnel ou les lieux d'accueil, n'ont pas été associés à ce travail.

... et dans des groupes de travail constitués autour de problématiques précises

- *Un groupe "pédiatres et pédo-psychiatres" a réuni des médecins des centres hospitaliers d'Angers, Saumur, Cholet et du CESAME (centre hospitalier spécialisé de Ste-Gemmes-sur-Loire) et des pédo-psychiatres des intersecteurs, sur le thème de la prise en charge des*

adolescents suicidants".

Ce groupe a permis des échanges sur les pratiques professionnelles dans ce domaine, avec un souci particulier de bien en apprécier le contexte puisqu'il s'est déplacé sur les différents sites concernés. Là aussi, cette démarche s'est concrétisée par l'élaboration de recommandations concernant la prise en charge des jeunes suicidants en milieu hospitalier général (voir page 28).

Deux réunions de ce groupe ont associé les médecins du service de promotion de la santé en faveur des élèves.

- *Le groupe "prévention en milieu pénitentiaire" s'est réuni à partir de la fin 1998, à la demande du directeur de la maison d'arrêt et du directeur du comité de probation aux libérés.*

La maison d'arrêt d'Angers ayant été retenue comme site pilote dans un programme national de formation-action "éducation pour la santé en milieu pénitentiaire", animé par le Comité départemental d'éducation pour la santé d'Ille-et-Vilaine, avec la participation du Comité départemental d'éducation pour la santé (CDES) du Maine-et-Loire.

Puis les directeurs de la maison d'arrêt et du comité de probation ont rapidement souhaité recentrer cette démarche sur la problématique du suicide et la relier au programme départemental.

Un groupe de travail a été constitué, associant :

- *des représentants de l'administration pénitentiaire,*
- *le responsable de l'UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral),*
- *des psychiatres du CHU et du CESAME,*
- *les médecins de santé publique de la DDASS et de la ville d'Angers,*
- *des médecins généralistes,*
- *l'animateur du CDES du Maine-et-Loire*

la CPAM d'Angers.

Plusieurs réunions se sont tenues, qui ont permis de suivre l'avancement de la formation-action en éducation pour la santé mais aussi de débattre des possibilités actuelles de mettre en oeuvre des recommandations élaborées au niveau national en 1998 par le ministère de la justice, à la suite d'un rapport sur la prévention du suicide.

Un recueil d'information sur les suicides, tentatives de suicide et auto-mutilation a également été initié dans ce cadre.

- *Enfin un groupe s'est réuni en novembre 1998 à la demande de l'association des psychiatres ligériens pour réfléchir à la participation des psychiatres libéraux à la prévention et à la prise en charge des conduites suicidaires.*

Un programme qui se caractérise par la richesse des initiatives...

La demande du directeur de la maison d'arrêt comme celle de l'association des psychiatres ligériens, sont une illustration de la place importante qu'a pris le programme dans le département et de la richesse des initiatives qu'il a généré ou favorisé

Toutefois, il importe de rester vigilant dans la conduite d'un programme aussi vaste, dans la mesure où la multiplication des initiatives comporte des risques évidents de dispersion mais également de confusion entre demande des professionnels et besoins des populations.

... et par une très forte mobilisation des médecins hospitaliers

La participation des psychiatres à ce programme est particulièrement importante et doit être soulignée. Des praticiens du service "psychiatrie et psychologie médicale" du CHU d'Angers, de quatre des dix secteurs de psychiatrie générale, des quatre intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, ainsi que le psychiatre-directeur de la clinique St Didier ont ainsi participé aux travaux du comité départemental et/ou des différents ateliers.

Urgentistes et pédiatres hospitaliers ont également contribué aux travaux des ateliers.

Cette implication de professionnels directement en prise avec la réalité du suicide contribue certainement à la qualité des productions du programme départemental. Elle a également permis, et il s'agit là d'un élément important, d'amplifier les échanges entre ces professionnels concernant leurs pratiques en matière de prise en charge des suicidants.

... mais qui pourrait bénéficier d'un partenariat plus important avec des acteurs du secteur social et avec les médecins libéraux

La mobilisation de certaines institutions comme la Caisse d'Allocations Familiales, la Mutualité Sociale Agricole, l'Union départementale des associations familiales a été tardive ou très ponctuelle. Pourtant, vis-à-vis d'un problème comme le suicide qui présente une réelle dimension sociale et sociologique, la présence de telles institutions aurait permis d'élargir l'approche, et de définir une stratégie d'information.

D'autres institutions ou structures auraient pu utilement se voir convier aux groupes de travail, ou associer plus précocement : représentants des centres d'apprentissages, des maisons d'enfants à caractère social, ou encore des établissements "habilités justice", Service Universitaire de Médecine Préventive, représentants du dispositif d'insertion "16-25 ans", médecine du travail..

Par ailleurs, malgré diverses tentatives, aucun partenariat n'a pu se concrétiser avec les médecins libéraux, psychiatres ou généralistes.

Un co-pilotage qui s'installe très progressivement

Si la concertation autour de ce projet a été très large, si de nombreux acteurs de santé du département s'y sont associés, la CPAM a longtemps assuré seule le pilotage du programme départemental de prévention du suicide.

Les institutions du Maine-et Loire, DDASS, DISS, villes, ont participé régulièrement au comité départemental ou dans les ateliers, notamment à travers la participation active du Dr Hamon de la DDASS, du Dr Boussin de la ville d'Angers. Mais cette présence ne s'est pas accompagnée, tout au moins dans les premières années, d'un réel partage des initiatives, de la charge de travail, des charges financières.

Toutefois cette situation s'est progressivement modifiée et depuis le début de l'année 1998, la DDASS du Maine-et-loire assure officiellement le copilotage du programme avec la CPAM d'Angers. Par ailleurs, un cofinancement Etat / Assurance-maladie est prévu pour certaines actions en 1999.

2 - LA DÉFINITION DU PROGRAMME

2.1 - La définition des objectifs généraux ou objectifs de santé

Les objectifs généraux d'un programme de santé sont par nature des objectifs en terme de santé : ils peuvent recouvrir des objectifs de réduction de la mortalité, de la morbidité, de l'incapacité, du handicap, ... Ils doivent le plus souvent être précisés quant à la population ciblée.

En ce qui concerne le suicide, ces objectifs de santé vont concerner la diminution du nombre de décès par suicide et la diminution du nombre de tentatives de suicide (morbidité) et/ ou des récidives. La diminution des récidives peut faire l'objet d'une attention particulière pour plusieurs raisons :

- les personnes qui ont fait une première tentative de suicide constituent une population "à risque",
- on peut penser que leur devenir dépend pour une large part de la prise en charge dont elles ont bénéficié,
- "les bonnes pratiques" à leur attention font relativement consensus,
- on est dans l'ordre du "faisable".

Des objectifs en terme de santé à élaborer en fonction des données épidémiologiques...

La définition des objectifs de santé doit tenir compte des données épidémiologiques disponibles.

Pour les Pays de la Loire, le bilan réalisé en 1996 par l'Observatoire Régional de la Santé a permis de mettre en évidence :

- la surmortalité régionale par rapport à la moyenne française et la place importante de la mortalité par suicide dans la mortalité prématurée,
- la surmortalité des hommes par rapport aux femmes,
- l'importance et l'augmentation des suicides chez les jeunes adultes,
- et, sur certains départements, des particularités quant aux populations concernées.

En revanche, on ne dispose pas de données régionales représentatives sur le profil des personnes ayant fait une tentative de suicide.

Au plan national, les travaux réalisés dans 5 régions françaises par les ORS à la demande de PREMUTAM (5) confirment les résultats d'études locales menées dans la région (7)(8) et de travaux plus anciens (6) et, en particulier la forte proportion de femmes et de jeunes adultes parmi les personnes ayant fait une tentative de suicide.

... et des objectifs du programme régional de santé

Par souci de cohérence, la définition des objectifs au niveau départemental doit tenir compte des objectifs qui ont été retenus par le programme régional de santé, c'est-à-dire :

- "réduire en cinq ans, le taux de mortalité par suicide dans la région,"
- "réduire de 20 % en cinq ans le taux de récurrence des primo-suicidants accueillis dans les hôpitaux de la région Pays de la Loire."

Dans le Maine-et Loire

Les objectifs généraux retenus par le comité départemental ont été les suivants :

- *diminuer la mortalité par suicide des 15/34 ans*
- *diminuer le nombre d'admissions des suicidants de cette tranche d'âge, dans les centres hospitaliers d'Angers, de Saumur et de Cholet.*

Des objectifs pertinents et cohérents

Contrairement à d'autres départements de la région, le Maine-et Loire ne présente pas de particularités qui le distingueraient par rapport aux données épidémiologiques régionales (surmortalité des femmes après 55 ans, ou en milieu rural,...).

Les auteurs du programme ont bien relevé l'augmentation de la mortalité par suicide chez les jeunes adultes (données régionales) et la part de ceux-ci dans les tentatives de suicides (données nationales). Le fait d'avoir voulu cibler une population et le choix de la tranche d'âge 15-34 ans, apparaissent donc pertinents.

Le deuxième objectif apparaît par contre un peu ambigu, pouvant donner à penser qu'il vise à diminuer le nombre des admissions dans les hôpitaux, sans forcément diminuer le nombre des tentatives de suicide. En réalité, il s'agit d'un simple problème de formulation, l'objectif étant principalement la diminution des récurrences, comme le montreront les développements du programme.

2.2 - La définition des objectifs opérationnels

Les champs d'action définis dans le programme régional de santé donnent un cadre aux programmes départementaux

Dans les Pays de la Loire, le programme régional de santé (2) offre un cadre de référence aux programmes départementaux, en retenant 5 champs d'actions :

- communication,
- formation,
- organisation des soins,
- lutte contre l'isolement, aide et accueil,
- recherche fondamentale.

et en formulant à leur propos un certain nombre de recommandations. Mais il ne s'agit pas là d'objectifs opérationnels.

Une analyse préliminaire est indispensable

La définition d'objectifs opérationnels doit donc s'appuyer sur un état des lieux, une analyse préliminaire, qui doit en particulier permettre d'identifier les problèmes que le programme va chercher à résoudre, ou encore les besoins auxquels il va chercher à répondre.

Sur la région, les travaux menés par l'ORS en 1996 permettent de disposer d'un bilan régional des actions de prévention, de formation ainsi que de la prise en charge des suicidants dans les services hospitaliers (1).

Ils avaient conclu à

- la difficulté de cerner la prévention du suicide et le faible nombre d'actions spécifiques,
- une mobilisation surtout axée sur la population des jeunes suicidants, beaucoup plus que sur celle des adultes et des personnes âgées,
- des actions et approches diverses selon les départements,
- des possibilités offertes par la prise en charge des suicidants méritant d'être mieux exploitées
- l'existence d'équipes mobilisées et de pôles de compétences sur lesquels une politique pourrait s'appuyer.

Cependant ce bilan n'était pas orienté sur la recherche des problèmes à résoudre, ou les besoins auxquels il était nécessaire de répondre. Cela ne peut suffire en termes d'analyse préliminaire... mais il ne s'agissait pas encore à l'époque de définir un programme.

...pour définir les objectifs opérationnels

Un état des lieux de la situation constitue un préalable indispensable à l'élaboration de tout programme. En effet, la définition des objectifs opérationnels renvoie aux questions suivantes : pour quoi, pour répondre à quels besoins et/ou résoudre quels problèmes ? Et, si l'on ne dispose pas d'une analyse précise de la situation dont on part, il est difficile de définir la situation à laquelle on souhaite arriver.

Deux exemples peuvent illustrer ce propos :

- "Former les professionnels de santé ou de l'action sociale" apparaît comme un objectif trop vague : les former à quoi, pour quoi ? former quels professionnels en

priorité ? en former combien ?

- Améliorer la prise en charge des suicidants est également un objectif vaste, s'il ne s'appuie pas sur une analyse préliminaire des organisations et des pratiques professionnelles, soit par un organisme extérieur, soit à partir d'une concertation.

Cette analyse permet de mieux repérer quels sont les points d'achoppement et de préciser l'objectif :

- quant au lieu ou au public, comme par exemple améliorer la prise en charge dans tel centre hospitalier ou dans tel service, ou pour telle population
- ou quant aux pratiques professionnelles, sur la durée d'hospitalisation, l'entretien avec un psychiatre, la préparation de la sortie, ...ou encore la formation des personnels.

Ce sont ces éléments, écrits et validés qui vont d'une part permettre une véritable conduite du programme, d'autre part donner des éléments de comparaison entre le souhaité et le réalisé, pour l'évaluation.

...qui servent eux-mêmes de base au choix à l'évaluation

Le choix de critères, de référentiels est déterminant dans l'évaluation. Mais ces derniers se définissent en grande partie à partir des objectifs opérationnels. Sans savoir précisément de quelle situation on est parti, à quelle situation on voulait aboutir, quel chemin on voulait parcourir, il est difficile de définir des critères d'évaluation.

Pour reprendre l'exemple de la formation, à défaut d'avoir répondu aux questions ci-dessus évoquées, on ne dispose d'aucun critère d'évaluation.

Dans le Maine-et Loire

Des objectifs d'actions cohérents avec les champs d'actions régionaux

Le programme départemental a initialement retenu les objectifs d'actions suivants :

- *"concevoir et mettre en oeuvre des actions d'information et de sensibilisation sur le suicide et sa prévention*
- *concevoir et mettre en oeuvre des actions de formation sur le suicide, sa prise en charge et sa prévention auprès des personnels du secteur sanitaire et social,*
- *améliorer la qualité de la prise en charge des suicidants,*
- *la collecte de données épidémiologiques".*

Avec des différences de formulation, on retrouve quatre des cinq champs d'action du programme régional : l'information, la formation, l'organisation des soins, la connaissance.

... et une définition de résultats attendus qui leur donnent une finalité

Ces objectifs d'actions ont été complétés et finalisés par la définition de résultats attendus, à la demande du comité de pilotage :

- *"Davantage de possibilités offertes aux jeunes ainsi qu'à leur famille, de faire part de leurs problèmes et de les voir pris en compte dans un cadre professionnel*
- *Intensification de la collaboration intersectorielle permettant d'utiliser au maximum les ressources pour la prévention et la prise en charge du suicide*
- *Amélioration des procédés relatifs à la collecte des données, à la recherche et à l'inventaire des meilleures pratiques,*
- *Amélioration de l'accès des jeunes, de leur famille et des relais médico-sociaux éducatifs à une information précise et actualisée sur la prise en charge et la prévention du suicide".*

L'objectif d'amélioration de la prise en charge a bénéficié d'un important travail d'analyse et de propositions des professionnels concernés

Le groupe chargé de travailler sur la prise en charge des suicidants, puis celui consacré à la prise en charge des enfants et adolescents, composés essentiellement de médecins directement concernés, ont commencé leurs travaux par des échanges sur leurs pratiques, ceci constituant une sorte d'état des lieux.

Ainsi un compte-rendu de l'atelier "Prise en charge des suicidants" se concluait de la façon suivante : "l'état des lieux ainsi présenté a fait ressortir la nécessité d'envisager, une organisation mieux adaptée pour une meilleure prise en charge des suicidants. En effet, s'il apparaît que la prise en charge toxicologique ou somatique urgente est assurée, il n'y a pas de prise en charge de la problématique globale du suicidant au sein du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers".

De même, les professionnels du groupe "Prise en charge des enfants et adolescents" écrivent dans leurs propositions de recommandations "le point de départ de la réflexion fut un bilan et une autocritique de la situation actuelle locale."

Par ailleurs, les "recommandations de bonnes pratiques cliniques dans la prise en charge initiale des suicidants adultes en milieu hospitalier général" (9) et celles concernant la prise en charge des adolescents (10), élaborées par ces professionnels, constituent des réalisations importantes du programme. Mais elles constituent également des référentiels par rapport à des objectifs dans la prise en charge,

Une réflexion préalable très utile sur le sens et l'éthique en matière d'information et de communication...

Le fait d'avoir disposé d'un texte de référence sur le sens et l'éthique de la communication

en matière de suicide constitue un point particulièrement positif. Ce texte a en effet fait l'objet d'une présentation par son auteur, le Dr Denis Leguay (psychiatre au CESAME) aux membres du comité de pilotage ainsi qu'aux administrateurs de la CPAM d'Angers. A cette occasion, il a été possible de débattre sur le thème "peux-t-on, doit-on communiquer sur le thème du suicide" et donc d'apporter des réponses à certaines hésitations voire réticences par rapport à la dimension information-communication du programme.

Mais ce texte a également servi et sert encore de base de réflexion pour l'équipe chargée de conduire le projet, lui permettant de trouver ou de retrouver une certaine distance par rapport au sujet, d'en mesurer les difficultés et les limites. Cette sensibilisation est notamment très précieuse lors des contacts avec les administrateurs de la CPAM ainsi qu'avec les médias.

Ce texte a par ailleurs été repris comme document de référence dans le Programme régional de santé (2).

... mais dans ces domaines comme en matière de formation, des objectifs d'actions qui ont souffert d'une analyse préliminaire insuffisante

En l'absence d'analyse préliminaire des besoins en matière d'information et de formation, la formulation des objectifs opérationnels dans ce domaine est restée très générale : "concevoir et mettre en oeuvre des actions d'information et (...) de formation".

Les quelques éléments de bilan disponibles dans l'étude de l'ORS concernant la formation des médecins libéraux d'une part, le besoin en formation exprimé par les équipes hospitalières d'autre part, ne semblent ainsi pas avoir été repris.

D'où une évolution importante des objectifs de cette partie du programme, au fur et à mesure de sa mise en oeuvre.

En matière de formation, la réflexion s'est engagée selon deux axes : la formation des travailleurs sociaux d'une part, celle des médecins généralistes d'autre part.

Le public des travailleurs sociaux est extrêmement vaste, confronté à des situations très diverses, d'autant qu'étaient implicitement inclus dans ce groupe, les personnels des services médico-sociaux, dont les médecins et infirmières de services de prévention. D'où une réelle difficulté à définir des besoins en formation pour un public aussi large.

Par ailleurs les finalités de cette formation ont évolué, passant du développement des capacités d'écoute de la souffrance psychologique, au travail en réseau pour les prises en charge.

Quant à la formation des médecins généralistes, c'est plus son contenu que ses objectifs qui ont fait l'objet d'une réflexion de l'atelier "Formation".

La formation du personnel des établissements hospitaliers n'a pas été envisagée par cet atelier. Cette question a probablement implicitement été laissée à la réflexion de l'atelier "Prise en charge".

En décembre 1998, des objectifs opérationnels plus formalisés ont été présentés

Information/ communication	Formation	Prise en charge	Evaluation
1. Mieux faire connaître les structures ressources du département	1. Améliorer la connaissance des intervenants sociaux sur la question du suicide et de la souffrance psychique	1. Améliorer la prise en charge des suicidants adultes dans les structures hospitalières	1. Améliorer la collecte des données épidémiologiques
2. Sensibiliser le grand public et les médias	2. Faciliter le repérage des différents intervenants et favoriser les échanges au sein du réseau	2. Améliorer la prise en charge des suicidants enfants et adolescents dans les structures hospitalières	2. Expérimenter localement un protocole d'évaluation du processus et des résultats
3. Améliorer l'information vers les relais (enseignants/sociaux/médicaux).	3. Sensibiliser les médecins généralistes à la problématique du suicide	3. Favoriser l'articulation entre la psychiatrie hospitalière et la psychiatrie ambulatoire.	

Dans un document distribué au comité de pilotage en décembre 1998, on trouve une déclinaison d'objectifs d'actions par champ.

Ces objectifs correspondent assez largement aux actions engagées, mais cette présentation permet de redonner de la cohérence à l'ensemble. Pour la CPAM, il s'est agi de "re-positionner les objectifs du programme".

2.3 - La définition des actions

→ Un étape productive et gratifiante

L'étape de la définition des actions doit intervenir après les étapes d'analyse préliminaire et de définition des objectifs, et s'inscrire par rapport aux objectifs intermédiaires. Dans les faits, les étapes de définition des objectifs intermédiaires et de définition des actions sont souvent concomitantes.

Ceci résulte de deux tendances :

- le souhait de démarrer, d'avoir des "choses concrètes" à présenter,
- une tendance largement partagée par acteurs et décideurs à penser plus en terme de "faire" qu'en terme d'objectifs à atteindre.

Cela ne présente pas toujours d'inconvénients majeurs. Devant des propositions d'actions, il suffit de renvoyer à un questionnement "nous souhaitons mener telle action ? oui, pourquoi pas, mais quels sont nos motifs, c'est-à-dire quel(s) problème(s) souhaitons-nous résoudre ? ou à quel(s) besoin(s) pensons-nous ainsi répondre ?"

Cette étape de définition des actions est généralement l'étape la plus productive, et la plus gratifiante.

→ Des précisions nécessaires

La définition des actions, doit s'accompagner

- d'un échéancier,
- de la désignation des maîtres d'oeuvre,
- d'une estimation des moyens à mobiliser.

Tous ces éléments du programme, écrits et validés, doivent permettre ensuite de définir des critères d'évaluation du programme, quant à la réalisation.

Dans le Maine-Loire

Les premières actions ont été définies et mises en oeuvre très rapidement.

Dès octobre 1996, une première réunion-débat a été organisée par la CPAM. Cette soirée largement ouverte au public portait d'ailleurs sur le suicide des jeunes, le choix de cibler le programme sur les jeunes et les jeunes adultes n'ayant pas encore été fait à l'époque.

La définition générale du programme, et la définition et la mise en oeuvre d'actions par des groupes de travail ont ensuite été menées parallèlement.

Les actions ont alors été décidées plus ou moins rapidement, en fonction d'une part de la mobilisation des professionnels constituant ces groupes de travail, d'autre part de la plus ou moins grande complexité du sujet.

Les 2 ateliers chargés pour l'un de définir une stratégie d'information et de sensibilisation à propos du suicide, pour l'autre de travailler sur la prise en charge des suicidants, ont été rapidement productifs.

3 - LA MISE EN OEUVRE ET L'IMPACT DES ACTIONS

Une évaluation à définir au cas par cas, avec des questions à se poser ...

L'évaluation de la mise en oeuvre et de l'impact des actions ne peut se définir qu'en fonction des décisions prises auparavant quant aux maîtres d'oeuvre, aux moyens à mobiliser, aux échéances à respecter, aux publics à cibler, etc....

Elle repose sur les réponses à un certain nombre de questions, comme par exemple :

→ pour une réunion-débat

Qui voulait-on faire venir, qui est venu ? Combien de personnes pour combien d'attendues ?

Quels devaient être les thèmes abordés, quels sont ceux qui ont été traités ?

Quelles étaient les attentes du public, ont-elles été satisfaites ?

Quelles répercussions dans la presse (si cela était un effet attendu) ?

Quelles demandes cela a-t-il fait naître ?

→ pour l'édition et la diffusion d'un document

Les échéances ont-elles été respectées ?

Les auteurs ont-ils tenu compte du public auquel le document s'adresse ?

Le contenu correspond-il à l'objectif ?

Comment la diffusion a-t-elle été faite ?

Qui se souvient de l'avoir reçu ? qui l'a lu ? gardé ?

→ pour une formation

Combien de professionnels formés pour combien à former ?

Le profil des stagiaires correspondait-il au public de professionnels visés ?

Le contenu a-t-il correspondu aux besoins ? aux attentes ?

.... et donc des données à recueillir

Toutes ces questions trouvent des réponses si des relevés sont faits (présence, diffusion, etc...) et des questionnaires proposés, ces outils devant toujours être prévus préalablement. Il ne faut toutefois pas sous-estimer le savoir-faire que peut parfois nécessiter la conception d'un questionnaire et les modalités de recueil des données au risque de ne pouvoir exploiter une large partie des questions.

Cette étape vise simplement à mesurer le niveau de réalisation des objectifs d'action et leur impact.

Un deuxième niveau d'évaluation, quant aux effets de ces actions, relève de l'évaluation des objectifs intermédiaires et passe par des protocoles plus complexes. (Cf chapitre 2)

Dans le Maine-et-Loire

Le programme départemental de prévention du suicide a déjà à son actif de nombreuses réalisations.

1 - Dans le champ de l'information

● Soirée-débat grand public sur la prévention du suicide chez les jeunes

La soirée-débat d'octobre 1996 a en quelque sorte lancé le programme départemental. Son principe et son organisation ont précédé la définition des grandes lignes du programme, et la première réunion de l'atelier information.

Cette manifestation a été un succès puisque près de 500 personnes y ont assisté. Un questionnaire d'évaluation de la satisfaction a été distribué à 455 exemplaires. 100 réponses ont pu être exploitées. 50 % des personnes ayant répondu étaient présentes à titre professionnel mais malheureusement la question sur la profession exercée était inexploitable. 47 % ont déclaré que le débat leur avait permis de découvrir les réalités locales, 53 % de s'informer plus précisément.

● Diffusion des affiches concernant la ligne téléphonique de SOS Amitiés

à l'occasion de la journée nationale du suicide en février 1997, à tous les médecins et pharmaciens du département.

L'impact de cette initiative intéressante, visant à valoriser les acteurs-ressources au plan départemental en profitant d'une journée de médiatisation nationale du thème, aurait pu être mesuré en suivant le nombre d'appels à SOS Amitiés et leur augmentation éventuelle. Ce constat peut éventuellement être encore réalisé.

● **Réalisation et diffusion d'un dépliant "Oser en parler"**

Ce document, réalisé en collaboration par les sept CPAM de la région plus celle de Vannes et la CRAM, a bénéficié pour sa rédaction des conseils de Mme Choquet, directrice de recherche à l'INSERM. Il a pour objectif de sensibiliser au problème du suicide des jeunes, et est destiné aux professionnels en contact avec eux ainsi qu'aux parents.

Il s'agit d'un document facile d'accès, rédigé avec nuances et pertinent par rapport à l'objectif de prévention du suicide chez les jeunes.

Ce document a été diffusé à partir de janvier 1998 à plus de 8000 exemplaires par la CPAM d'Angers vers un public très varié.

- *professionnels de santé libéraux : médecins généralistes, psychiatres, pédiatres, gynécologues, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmacies*
- *centres sociaux et circonscriptions d'action sociale, caisses de protection sociale (CAF, MSA, accueil des CPAM), direction pénitentiaire*
- *services de promotion de la santé en faveur des élèves, établissements scolaires par l'intermédiaire de l'inspection académique et de la direction diocésaine de l'enseignement catholique, missions locales et PAIO.*

Il s'agit donc d'une diffusion très importante, vers un public extrêmement diversifié. L'évaluation de son impact est donc relativement difficile. En outre, la liste des destinataires ne permet pas de distinguer les envois à l'initiative de la CPAM et ceux suscités par ce premier envoi. Il semble toutefois que ces derniers soient relativement peu nombreux, et que notamment aucune demande ne soit revenue des professionnels de santé libéraux, qui n'en avaient pourtant reçu qu'un seul exemplaire.

● **Réalisation et diffusion d'un guide des lieux-ressources accueil et écoute en Maine-et-Loire.**

Ce fascicule a été conçu par l'atelier Information-formation et élaboré par les CPAM d'Angers et de Cholet, la CRAM et le Comité Départemental d'Education pour la Santé. Son objectif était de mieux faire connaître les lieux d'accueil et d'écoute en Maine-et-Loire.

Cette brochure a été diffusée à près de 4000 exemplaires, à un public proche de celui auquel a été adressé le dépliant "oser en parler". Une fiche d'évaluation a été insérée dans ce guide, mais très peu d'exemplaires ont été retournés à la CPAM. Un questionnaire d'évaluation, pour savoir si il avait été lu, gardé, s'il était utilisé pourrait encore être élaboré et adressé à certains groupes de destinataires.

● **Des conférences-débats**

3 conférences-débat ont été organisées à l'intention de certains professionnels.

- *Une conférence-débat, en octobre 1997, pour les directeurs des lycées et collèges et le personnel de santé scolaire*
- *Une conférence-débat avec le personnel de l'université en novembre 1997.*
- *Une conférence-débat en janvier 1999 avec les directeurs d'établissements privés et des*

aumonières de lycées. Le service de psychologie de la direction diocésaine de l'enseignement catholique n'a en revanche pas été directement contacté.

Le public invité à ces conférences est bien choisi par rapport à l'objectif de prévenir le suicide chez les jeunes.

Un questionnaire-satisfaction a été proposé lors de la première conférence. Pour les 2 suivantes, aucun relevé n'a été fait ni questionnaire proposé.

Un relevé des présences pour connaître le public, comparer public attendu / public venu, et cerner les professionnels qui se sentent concernés aurait pourtant été utile.

Ces personnes auraient ensuite pu constituer des relais lors de la diffusion du dépliant "oser en parler", et contribuer à la constitution des réseaux recherchés lors des formations.

● **Des conférences de presse à diverses occasions**

Plusieurs conférences de presse ont été organisées par la CPAM depuis le début du programme, à l'occasion de la soirée-débat grand public 1996, mais aussi lors de chaque journée nationale de lutte contre le suicide (février 1997, 1998, 1999).

16 articles sont parus dans la presse locale, auxquels il faut ajouter 2 interventions sur TV 10 en avril 98 et février 99.

Ces interventions ont permis de mieux faire connaître les diverses réalisations du programme (soirée-débat, dépliant "oser en parler", guide des lieux-ressources), ainsi que les réflexions en cours sur la prise en charge hospitalière, tant au CHU qu'à Cholet ou Saumur. La plupart de ces articles soulignent l'importance de la parole, la possibilité de prévenir.

2 - Dans le champ de la formation

Si en 1997, l'atelier Information-formation a essentiellement travaillé sur l'information et la communication, à partir de 1998, son travail s'est porté sur la formation.

● **Journée d'étude et de réflexion le 28 avril 1998**

Cette journée a été organisée par les CPAM d'Angers et de Cholet, l'Ecole normale sociale de l'ouest, la CRAM, la commission pour la formation permanente des travailleurs sociaux et le Comité départemental d'éducation pour la santé.

Elle a connu une très forte audience puisque 283 professionnels et 100 étudiants y ont assisté. Des actes ont été réalisés à la suite de cette journée et remis à l'ensemble des participants, afin qu'ils puissent conserver une trace des réflexions menées à cette occasion.

On ne dispose pas d'information sur le profil de la population invitée, ni de celle qui y a participé. Par contre, un questionnaire d'évaluation a été proposé et 136 réponses ont été

recueillies.

Les thèmes abordés ont répondu "tout à fait" à leurs attentes pour 29 % des répondants, et "en partie" pour 64 % des répondants.

Le contenu des interventions était jugé "suffisant" par 58 % des répondants, mais insuffisant par 30 % d'entre eux. Une cinquantaine de personnes ont d'ailleurs exprimé des attentes en terme de formation à la suite de cette journée.

● **Des sessions de formations pour des groupes restreints**

4 sessions de formation de 12 personnes, ont été prévues sur le premier trimestre 1999, sur 3 jours (2 jours consécutifs et un à distance). Trois sites ont été retenus pour leur déroulement : Angers (2 sessions), Cholet et Saumur.

L'un des objectifs de ces sessions, organisées autour d'un médecin "référent", est de favoriser la mise en place de réseaux locaux de prévention et de prise en charge.

Fin juin 99, se sont tenues une session complète sur le site d'Angers, et les 2 premières journées de la session de Cholet. L'évaluation de ces formations sera donc réalisée dans la seconde partie de cette évaluation.

● **Pour la formation des médecins généralistes, une réunion a été organisée avec les représentants de deux associations locales de Formation Médicale Continue, mais plusieurs idées sont encore au stade de projet, comme celle de réaliser des outils supports de ces formations.**

3 - Dans le champ de la prise en charge

Médecins hospitaliers, cliniciens et psychiatres, se sont rencontrés dans deux groupes de travail et ont produit deux documents de référence :

● **"Recommandations de bonnes pratiques cliniques dans la prise en charge initiale des suicidants adultes en milieu hospitalier général"**

Elaborées dans le cadre de l'atelier "prise en charge des suicidants" par des médecins du CHU d'Angers, du CH de Cholet et du CESAME, ces recommandations ont été présentées en octobre 1997 aux "décideurs locaux", lors d'une réunion qui a rassemblé les directeurs d'établissements (CHU d'Angers, CH de Cholet et de Saumur), les présidents de CME les directeurs des CPAM, le représentant de l'ARH.

La diffusion a été engagée au début de l'année 1998 et en juin 1999, elle atteignait 330 exemplaires.

Outre les participants aux réunions de présentation évoquées précédemment, cette brochure a été adressée :

- dans le département
 - . aux responsables de l'enseignement universitaire de suicidologie pour diffusion aux médecins participants à cet enseignement
 - . et à quelques professionnels d'origine diverses
- dans la région,
 - . aux directeurs des CPAM
 - . à l'échelon régional du service médical de l'Assurance-maladie
 - . à l'échelon local du service médical de la CPAM de Nantes
 - . à l'occasion de la conférence régionale de santé
 - . à la DRASS
 - . aux membres du comité de pilotage du programme régional de santé,
 - . aux directeurs des établissements hospitaliers CHU et CHG de la région

Actuellement ce document constitue un document de référence pour le programme régional de santé et le schéma régional d'organisation des soins

- dans les autres régions françaises,
 - . auprès des autres CPAM (environ 35 exemplaires demandés, suite à une information générale des caisses sur la parution de cette brochure)
- au plan national
 - . à la CNAMTS
 - . au service documentation de l'ANAES

Ce document a notamment retenu l'attention de l'ANAES, et deux psychiatres hospitaliers ont été sollicités pour participer aux travaux menés sur ce thème par cette agence.

Toutefois, eu égard à l'intérêt de ce travail, une diffusion plus large et surtout plus systématique aurait pu être organisée.

Par exemple, cette brochure aurait pu utilement être adressée :

- au plan départemental et régional en direction des DDASS, MSA, responsables de secteurs psychiatriques, établissements de santé mentale privés, doyens des UER de médecine...
- au plan national : chefs de projet des programmes régionaux de santé "suicide" des autres régions, ministère de la santé, Haut comité de santé publique, Comité français d'éducation pour la santé...

● "Recommandations dans l'approche thérapeutique pour la prise en charge des enfants et adolescents suicidants en milieu hospitalier général dans le département du Maine-et-loire.

Ce document vient d'être présenté en juin 1999 aux acteurs départementaux, dans le cadre du comité de pilotage départemental.

Sa diffusion sera entreprise à l'automne 1999, et il semble nécessaire de tirer les enseignements de la diffusion des recommandations "adultes", pour l'organiser.

Si au plan départemental, l'élaboration de ces recommandations a favorisé les échanges entre praticiens sur les pratiques en matière de prise en charge des suicidants, cette démarche a également permis de sensibiliser les décideurs. Ainsi, des organisations différentes sont d'ores et déjà acquises, et des projets en cours de discussion, notamment dans le cadre du projet d'établissement du CHU d'Angers.

L'évaluation de la modification des organisations et des pratiques en matière de prise en charge sera développée dans le second rapport d'évaluation.

Conclusion

Les concepts de priorités et de programmes de santé sont encore très récents dans notre pays, et les acteurs concernés par la mise en oeuvre de tels projets disposent collectivement de peu de savoir-faire dans ce domaine. D'autant que les thèmes retenus le plus souvent pour ces programmes, dans les Pays de la Loire comme dans de nombreuses autres régions (prévention du suicide, prévention des conduites d'alcoolisation à risques, santé-précarité ...) sont particulièrement difficiles d'approche.

En s'engageant de façon très volontariste dans la mise en oeuvre d'un vaste programme de prévention du suicide et des tentatives de suicide, la CPAM d'Angers s'est donc lancée sur un problème complexe et sur une piste encore peu balisée. Il faut saluer cette entreprise.

Parmi les nombreuses réalisations, certaines comme les recommandations de bonnes pratiques ou encore le dépliant "oser en parler" apparaissent dès à présent tout à fait exemplaires.

Mais ce qui frappe le plus dans ce programme, c'est l'importance du travail de terrain réalisé, la qualité et la richesse des échanges entre les différents intervenants et les différentes institutions sanitaires, qui contribuent au décroisement des pratiques, à l'amélioration des liens et au développement du travail en réseau.

Autant d'éléments difficilement quantifiables mais qui participent de fait à la prévention du suicide, celle-ci étant étroitement liée à la qualité du maillage inter-institutionnel et transdisciplinaire.

Bibliographie

(1) Observatoire Régional de la Santé, ERSM et CRAM des Pays de la Loire. - Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire. - Nantes, 1996

(2) DRASS et DDASS des Pays de la Loire. - Programme régional de santé "suicides/tentatives de suicide" 1998-2002. - Nantes, 1998

(3) CPAM d'Angers. - Programme départemental de prévention du suicide et des tentatives de suicide dans le département de Maine-et-Loire. - Angers, 1998

(4) Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. - Evaluation d'une action en santé publique : recommandations. - Paris, 1995

(5) Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, CNAMTS, Mutualité Française, Prémutam. - Prévention du suicide et des tentatives de suicide, Etat des lieux, 1995-1997, Bilans régionaux. - Paris, 1998

(6) DAVIDSON F., PHILIPPE A. - Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui . Etude épidémiologique. - Ed. INSERM, Paris, 1986

(7) HARRY P., SIX P., LHUILLIER J.P., GARRE J.B., SIMON B. - Une enquête épidémiologique prospective départementale : description et suivi à 2 ans de 842 primo-suicidants", Médecine et Hygiène, 1996 n°54 p.149-155

(8) VEGAS R. - Suicides et tentatives de suicide en Mayenne. - Laval : DDASS de la Mayenne, 1991. - 20 p.

(9) CPAM Angers. - Recommandations de bonnes pratiques cliniques dans la prise en charge initiale des suicidants adultes en milieu hospitalier général, 1998. - 16p.

(10) CPAM Angers. - Propositions de recommandations dans l'approche thérapeutique pour la prise en charge enfants et adolescents suicidants en milieu hospitalier général dans le département du Maine-et-Loire, 1999. - 21p.